



TITLE:

臨床瑣談

AUTHOR(S):

CITATION:

臨床瑣談. 日本外科宝函 1937, 14(6): 1248-1253

ISSUE DATE:

1937-11-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/204872>

RIGHT:

臨 床 瑣 談

多發性肝臟膿瘍ノ1例

岡 田 俊 雄 (京都外科集談會昭和12年6月例會所演)

患者：28歳，男子，機械商

主訴：惡寒戰慄ヲ伴フ發熱及ビ黃疸

現病歴：本年13/V突然上腹部ニ放散性ナラザル痙攣様劇痛ヲ來シ全身ノ倦怠感及ビ惡心アリシモ嘔吐及ビ發熱ハ缺ク。醫療ニヨリ疼痛ハ緩解シ，2,3日後ニ數條ノ蛔蟲ヲ糞便中ニ排泄セリ。發病後3日目頃ヨリ熱感アリ。18/V頃ヨリ30—40分間持續スル惡感戰慄後，體溫39°—41°Cニ達シ，3—4時間後，著シキ發汗ト共ニ常溫ニ復ス。又此頃ヨリ黃疸現ル。

既往症，家族史：共ニ特記ス可キモノナシ。

現症(發病後13日目(25/V)初診時)：體格，榮養，共ニ可良，脈搏100，整，緊張良，體溫37°C，皮膚及ビ眼珠結膜ハ著シク黃疸様ニテ，心，肺ニハ異常ヲ認メズ。

局所々見：視診上，腹壁ハ脂肪ノ沈着著明ナルモ，皮下靜脈ノ怒張及ビ腸ノ蠕動不穩等ヲ認メズ。觸診上，腹筋緊張ナク胃部壓痛ヲ缺ク。肝臟濁音界上界ハ右乳線上ニテ第Ⅺ肋骨上緣，下界ハ右肋骨弓下緣ヨリ，2横指下方ニ觸レ壓痛ナシ。膽嚢部ニハ腫痛，抵抗，壓痛共ニナシ。廻盲部，脾，腎共ニ異常ヲ認メズ。

尿所見：ゲメリン強陽性，インデカン，ウロビリ及ビウロビリノーゲン共ニ陽性，尿中大腸菌1視野3—4個。

血液所見：血色素62% (ザーリ)，赤血球數445萬，白血球數24,000，中性多核白血球84%。

十二指腸液所見：B-Bileヲ證明セズ。沈滓，異物，蛔蟲卵等ヲ認メズ。肝臟機能(高田氏法)ヤヤ低下，尿中チアスターゼ正常，ワ氏反應陰性，糞便中アメーバヲ證明セズ。

診斷：總輸膽管内蛔蟲迷入ニヨル逆行性肝臟膿瘍。

手術所見：右肋骨弓下ノ斜切開ニテ腹腔ニ入ル。腹膜異常ナク腹水證明サレズ。大網膜ハ其全部ガ繃轉シテ，胃ノ前面ヲ被ヒ上方ニ向ヒ，右側肋骨弓下ニ入り，右肝葉ニ隆面下2/3ヲ覆ヒ，纖維性ニ癒着ス。肝ヲ仔細ニ檢スルモ，視又觸レ得ル範圍内ニテハ，膿瘍ノ存在ヲ認メズ。膽嚢，總輸膽管，膽管異常ヲ認メズ。胃ハ周圍ト癒着シ，幽門ニ近キ小彎部ニハ胃潰瘍ニヨル瘢痕皺壁アリ。小腸及ビ腸間膜ニハ多數ノ粟粒結節ヲ見ル。更ニ腹腔内ヲ精査スルニ，上行結腸ノ内側ニテ後腹膜下ニ手拳大ノ膿瘍ヲ認メタリ。ヨツテ之ヲ切開排膿シ，排膿管ヲ挿入シテ手術ヲ終ル。

術後ノ經過：術前同様ノ惡寒戰慄，發熱，脈搏180/m，腹水現ル。術後16日目ニ鬼籍ニ入ル。

局所剖檢所見：黃疸色調ヲ帶ブル腹水約2000ccヲ得。先ニ切開セシ後腹膜下膿瘍ハ，稍治癒ノ傾向ヲボス。肝臟ハ腫大シ，表面ニハ膿瘍ノ存在ヲ認メ難キモ，割面ニヨリ中心部肝門ニ近ク粟粒大ヨリ拇指頭大ノ多數ノ膿瘍ノ存在ヲ認メ，邊緣ニ近キ程其ノ數ヲ減ズ。膽嚢，總輸膽管，肝管ニハ膿汁ヲ充盈シ居ルモ結石及ビ蛔蟲等ノ異物ヲ認メズ。

考察：本患者ニ於テ見出サレタルモノハ1)廻盲部ニ於ケル後腹膜下限局性膿瘍，2)腸間膜漿膜面ノ播種狀結核，3)總輸膽管ヨリノ逆行性感染ニヨル多發性肝臟膿瘍及ビ此ニ原因スル膽嚢及ビ總輸膽管内ノ膿汁充盈ガ主要ナルモノナリ。廻盲部ノ後腹膜下膿瘍ハ如何ナル機轉ニヨリ發生セルモノナルヤ不明ナルモ，總輸膽管等ニ著變ヲ認メザル以前ニ存在セシヲ以テ，肝ノ多發性膿瘍ハ後腹膜下膿瘍ヨリ轉移性ニ發生シタルモノニアラザルカトモ考ヘラル。然シ此ノ

際ノ轉移ハ、空靜脈系統ヨリ發生ス可キデアルカラ、特ニ肝シカモ肝門部ニ近ク多發性膿瘍ノ現レタコトノ事實ヲ説明スルコト困難ナリ。

膿瘍ガ廻盲部腸管ソレ自身ニ發生シテ居ツタデアツタナレバ、門脈系統ナルヲ以テ肝門近カラ多發性肝膿瘍ガ發生セシモノトモ考ヘラルルモ、此レ亦タ門脈系統ヨリノ感染ノ普通ノ型ナラズ（例ヘバ赤痢ノ際門脈系統ヨリ肝膿瘍ヲ發生シ得ルモ、此際肝門近ク多發性ニ現ルコトハ殆ンド經驗サレズ）。

故ニ本患者ノ肝膿瘍ハ、總輸膽管ヨリ逆行性ニ肝門近ク感染シ、漸次末梢部ニ波及セシモノト考ヘラル。然ラバ此ノ如キ感染ハ如何ニシテ起リシカノ疑問ニナルモ、病歴中ニ發病ノ當初上腹部ニ劇痛ノアツタコトノ事實ヨリ考ヘテ、蛔蟲ガ總輸膽管中ニ迷入シタコトニ原因セシモノナラント考ヘラル。然シ手術ノ際、總輸膽管ハ健常ニ見エ蛔蟲ハ證明セラレザリシヲ以テ、蛔蟲ハ一部總輸膽管中ニ迷入シ總輸膽管ヲ感染セシメ、自分自身ハ再ビ腸管ニ復歸セシカ、或ハ肝實質内ノ太イ輸膽管中ニ深く進入セシカトモ考ヘラル。故ニ再ビ總輸膽管ヲ追及シテ深部肝實質内ヘ進ンデ検査セシモ蛔蟲ヲ認メザリキ。故ニ蛔蟲ノ一過性總輸膽管内迷入ニヨリ内容感染シ、最初ノ痙攣後6日目ニ至リテ感染ガ始メテ症狀ヲ呈シ第1回ノ惡寒戰慄ヲ來セシモノト考ヘラル。本例ニ於テ上腹部疼痛ノ發現直後ニ觀血ノ手術ガ行ハレ、一見健常ニ見ユル總輸膽管ニ排液法ヲ施スモ、多發性肝膿瘍ニ原因スル死ノ轉移ハ免ルコトヲ得ザリシモノト考ヘラル。

極小胃癌摘出後ノ再發例

朝 倉 進（京都外科集談會昭和12年9月例會所演）

患者：58歳，男，（2/Ⅱ 1937 入院）

本例ハ約2年前ニ1度手術ヲ受ケ、術後 Adenocarcinom ト判明セルモノデアル。當時胃壁ニ直徑約2 厘米ノ圓板狀ノ腫瘤ヲ生ジ、胃ノ粘膜層ニ局限シテキタガ、腫瘤下ノ胃壁全層ト共ニ切除シタ。（ソノ經過ニ就テハ昨年12月本會ニ於テ藤浪講師ガ報告シテ居ル。（本誌，第14卷第2號，533頁，第2例參照）

主訴：臍部ニ於ケル無痛性腫瘤

現病歴：第1回ノ手術後殆ンド自覺症狀ナク勞働ニ從事シテキタガ、本年初メ頃臍部ニ腫瘤ノアルノニ氣附キ、4月頃カラソノ大サヲ増ス様ニ思ハレタガ何等苦痛ナキマヽニ放置シテキタ。8月初旬ヨリ腫瘤ノ左方ニ當リ時々不快感ヲ覺エ、又此ノ部ニ食物攝取トハ無關係ニ時々「グル」音ガアリ、「ガス」排出ト共ニ消失シ同時ニ不快感モ去ルノヲ常トシタ。痙攣、惡心、嘔吐等ナク、又便通ハ正常、食思ハ一時減退シタコトガアルモ其後再ビ良好トナツタ。最近特ニ瘦セタ様ニハ思ハレヌ。

遺傳歴：特記スベキモノナシ。

局所所見：腹壁ニ靜脈怒張、發赤、蠕動不穩等ハ認メラレズ。臍部カラソノ上方ニカケテ手掌大程 diffusニ膨隆ス。觸診スルニ、熱感、筋肉性防衛ヲ證セズ。腫瘤ハ表面一般ニ平滑、弾力性硬、上下左右ヘノ移動性著明、呼吸時ノ固定性アリ。打診上腫瘤上ハ一般ニ濁音ヲ呈シ、腫瘤ノ右半ニ於テハ鼓音ヲ呈ス。腸雜音尋常。肝、脾、腎共ニ觸レズ。肛門内指診ニ異常所見ナシ。

血液、尿所見ニ異常ナシ。

糞便所見：潛血反應陽性。

レ線検査：胃竇部ノ大彎側ニ於テハ粘膜皺襞ハ全ク消失，凹凸不正ノ腫瘍像ヲ示シ，更ニソノ中央カラ下方ニ向ヒ1ツノ瘻管アリ。レ線觸診ニ依ツテソノ部ニ腫瘍ヲ證ス。經肛門造影劑注腸検査ニテハ横行結腸ハ腫瘍ヲ圍繞シ，而モ其ノ腫瘍ノ下座ニ當ル部ニハ内腔ニ向ツテ上カラ突出シタ像アリ，極ク少量ノ造影劑ガ其處カラ腫瘍内ヲ上方ヘ進入シ居ルモ胃ヨリノ瘻トハ交通ナキモノノ如シ。以前問題トナリ居リシ部分ニ何等變化ナク，丁度前ノ胃壁創痕部ガ腫瘤ノ存在部トナツテキルノデ，ソノ局所ヨリ再發シタモノト診斷サレタ。

手術所見：腹膜ハ健常，腹水ヲ證明セズ。超手拳大ノ腫瘤ハ胃，大網，胃結腸靱帶，横行結腸ト共ニ固ク癒着シテ巨大ナ Tumor ヲナシテキルガ，腫瘤全體トシテハヨク移動性ヲ有ス。附近ニ著明ナ淋巴腺腫大ヲ認メズ。胃ノ噴門部及ビ幽門部ハ外觀上健常ナルヲ以テ腫瘤ヲ一丸トシテ胃ノ輪狀切除及ビ結腸切除ヲ行ヒ，更ニ空腸瘻造設術ヲ施ス。

摘出標本所見：胃竇大彎部ニ噴火口狀ノ突出物アリ，コノ部ノ胃粘膜ハ荒蕪サレテキル。コノ中央ニアル瘻管ハ消息子ヲ約5軀挿入シ得，内部ハ可成リノ廣サヲ持ツテキル様デアル。結腸ノ粘膜面ニモ1個ノ，之ヲ以テ大ノ突出物アルモ之ノ部ニ消息子ヲ通ズルト，腫瘍内ニ約2.5軀挿入シ得ラル。

檢鏡所見：Adenocarcinom.

考察：本例ハ2年前ニ胃癌ノ切除ヲシタソノ癒痕部カラ癌ガ再發シ，ソレガ Zentralerweichung ヲ起シテ，一方ハ胃ヘ，一方ハ結腸ヘ瘻ヲ形成シタモノデアル。

胃癌ハ胃ノ周圍淋巴腺ヘ進出スル一方，胃粘膜下層ニテ所謂 Lymphangioitis carcinomatosa ヲ起シテ，胃壁ヲ周圍ヘ浸潤シ，時ニハ胃癌周圍ノ粘膜ニハ變化ヲ及ボスコトナク，一定ノ離レタ場所ヘ迄進ンデ，再ビ胃内腔ニ向ヒ粘膜ヲ破壊，増殖シテ，恰カモ同一ノ胃ニ癌ガ2ツ出來タ様ニ見エル事モアル。

本例ハ癌部ニ接近シタ，一見健康ラシイ胃壁ニ於テ切除サレタノデアルガ，既ニソノ胃壁自身ニハ癌細胞ガ撒布サレテキテ，ソレヨリ再發シタモノデアル。シカモ再手術ニ際シテ著明ナ淋巴腺轉移ヲ證明シナカツタノハ，第1回ノ原發竈除去時ニハ癌細胞ガ未ダ淋巴腺迄ヘハ浸入シテキナカツタメデアラウ。故ニ胃癌切除ニ際シテモ，乳癌ニ於ケルト同様ニ scheinbar gesund ノ胃壁ヲ出來ウル限り廣汎ニ切除スベキハ勿論デアル。コノ際ドコ迄切除スベキカ，ソレハ尙ホ研究ノ餘地アレドモ，吾々ニヨツテ從來行ハレテキル胃癌ニ對スル胃切除ノ場合，噴門側ハ腫瘍ニギリギリニ接近シテ切除シテモ再發ハ殆ンド周圍淋巴腺カラ發シテ居ル場合ガ多イ様デアル。コレニヨツテ考ヘルニ癌細胞ハ胃壁ヲ幽門側ニ向ツテヨリ容易ニ進出スル傾向ヲ有スルモノデハナカラウカ。

盲腸軸捻轉症ノ1例

朝 倉 進 (京都外科集談會昭和12年9月例會所演)

患者：63歳，男，(7/VIII 1937 入院)

主訴：腹部全體ニ渉ル激痛

現病歴：1昨日前午7時頃(約65時間前)突然廻盲部ニ持続性劇痛ヲ覺エ，時々痙攣様トナリ，漸次ソノ度ヲ増加，左鼠蹊部ニ迄及ブニ至ル。發作初發ヨリ約4時間後ニハ廻盲部ヨリ下腹部ニ腫瘍ヲ來シ，次第ニ増大ス。鎮痛劑ノ注射ヲ受ケタルモ疼痛ハ毫モ輕減セズ。惡心ハアルモ嘔吐ハナシ。又便意アルモ便通ナク

「ガス」排出1回アリシノミデ尿ノ排泄量モ少イ。發病來體溫上昇ナシ。

既往歴及ヒ遺傳歴：特記スベキモノナシ。

局所所見：腹部ノ膨滿，陷沒，腹壁靜脈怒張，蠕動不穩，發赤等ヲ認メズ。觸診上熱感ナク，筋肉性防衛ハ上腹部ニ弱ク下腹部ニ強ク證明セラル。膀胱部ニ相當シテ1個ノ小兒頭大，西洋梨狀ノ腫瘤アリ。境界ハ上ハ臍ノ高サ，右ハ右乳線ヨリ2横指外，左ハ左乳線上，下ハ Poupart 氏靱帶ニ接ス。表面平滑，弾力性硬，壓痛著明。波動ヲ證明セズ，移動性ナシ。腹壁ヲ緊張セシメルト腫瘤ノ境界不明トナル。打診上一般ニ腫瘤上ハ鼓音ヲ呈シ特ニ右方ニ於テ著明。腫瘤上デ腸雜音ヲ聴取シ得ズ。尙ホ心窩部ニ輕度ノ壓痛アリ。

經肛門ノハ Douglas 氏腔ニ熱感，腫瘤ヲ證明セズ直腸壺腹部ハ中等度ニ膨大ス。検査手指ニ血液ノ附着ヲ見ズ。攝護腺ノ肥大ナシ。

血液所見：白血球6700，中性多核白血球67%，Leukozyto-c ナシ。

尿所見：導尿スルモ該腫瘤ノ縮小ヲ見ズ。尿ハ健常ニシテ直接檢鏡上ニモ培養上ニモ大腸菌ヲ證明セズ。

臨床診斷：以上ノ所見ヨリ惡性腫瘍，急性炎衝及ヒ急性尿閉症等ハ除外シ得。依ツテ 1) 發病ノ突發的ナルコト，2) 激烈ナ時々痙攣様トナル腹痛，3) 直腸壺腹部膨大ヨリシテ急性腸閉塞症ト診斷サル。

レ線所見：排尿(約400cc)後直チニソノ「カテテル」カラ「ウムブラトル」約80ccヲ注入シテ膀胱ヲ檢スルニ膀胱ハ横ニ胡瓜狀ヲナシ腫瘤ニヨリ壓迫セラレタ狀ヲ示シ他ハ全ク正常デ該腫瘤ハ膀胱外ノモノナリ。次ギニ經肛門ノ「バリウム」水注入ニヨル検査ハ充分ニ達シ得ラレザリシモS狀結腸ニ通過障礙ナキコトハ確カナリ。

手術所見：正中切開ニテ腹腔ニ達ス。腹膜ハ殆ド正常。血性腹水(約40cc)ヲ證明ス。空腸ハ健常，迴腸モ大體ハ健常ナルモ，迴盲瓣ヨリ約10—15cm迄ノ迴腸腸間膜ハ瘢痕性ニ萎縮ス。上行結腸ノ下半部ハ「ガス」ヲ充シテ強ク緊張膨滿シソノ直徑約7cmニ及ビ，結腸線ノ部ノ毛細血管ハ破裂シ，散在性ノ漿膜下出血ヲ認ム。蟲樣突起ハソノ先端ノミ見出サレ健常ナリ。盲腸部ヲ時計ノ針ト反對方向ニ360°迴轉シタルニ膨滿シタ盲腸部ハ schlaff トナリ，全ク健常ナル蟲樣突起ノ全貌ヲ現ハシ得タリ。以上ノ所見ヨリシテ瘢痕性ニ萎縮シタ迴腸腸間膜ヲ中心トシテ起ツタ盲腸捻轉症ナルコト明カナリ。暗赤色ニ膨滿シタ盲腸部ハモハヤ回復ノ見込ミナキタメ迴盲部切除並ビニ迴結腸吻合術ヲ行ヒ手術ヲ終ル。

術後經過：順調デ術後29日目退院。

腰椎骨折ノ Böhler 氏法ニ依ル1治驗例

吉・田 正 久 (京都外科集談會昭和12年9月例會所演)

患者：25歳，男子

主訴：腰部疼痛兩下肢ノ知覺障礙

現病歴：本年8月14日午前8時約20尺ノ樹木ヨリ轉落シ，30秒程無意識トナリシガ，ソノ後腰部ノ壓痛及ビ兩下肢ノ知覺障礙ヲ訴ヘテ今日ニ至レリ。

一般の所見：體格大，榮養中等，脈搏變化ナク意識明瞭，記憶障礙，顔面神經麻痺等ノ症候認メラレズ。

顔部，頸部，胸部且ツ腹部ニハ著變ナク，特ニ腹壁反射，提舉反應共ニ尋常。上肢ニハ運動障礙ナシ。

局所所見：腰部腫脹シ，上ハ第Ⅺ胸椎，下ハ第Ⅰ腰椎ニ及ビ，ソノ巾約6cm。ソノ他視診上ニハ異常ナシ。

觸診スルニ若干ノ溫度上昇アリ，腫脹ハ彈性軟，壓痛著明ナリ。脊柱側彎ナキモ體ノ前屈後屈運動ハ若干ノ障礙サル。

下肢ノ觸覺，冷感，溫感，位置覺，運動障礙等ハ認メラレズ。膝蓋腱反射尋常ナルモ，「アキレス」腱反射ハ消失シ，兩足背，兩足趾ニ痛覺過敏ヲ認ム。

レ線寫眞所見：第Ⅰ腰椎ハ前部ノ高サ約2/3トナリ，前上部ニハ著明ニ骨折ヲ認メ，骨折片ハ一部椎體ノ前上部ニ現ハレタリ。

経過：14, 15, 16日ノ3日間ホイットマン氏¹ベット¹上ニテ伸展。16日 Böhler 氏法ニ依ツテ²ギプス¹固定。同固定4日後ニハ左足背、足趾ノ痛覺過敏ハ消失シ、僅ニ左足背ニトマルノミトナリ、固定9日後ニハ³リアレス¹腱反射回復シ、現在ニテハ兩足ニ何等痛覺過敏ヲ認メザルニ到レリ。

考察：本例ハ腰椎骨折ニ對シテ Magnus ノ所謂能動的機能療法 (aktive funktionelle Therapie) ヲ廢シ、Böhler 氏法ヲ施行シテ治療ノ目的ヲ達シタルモノナリ。

余等ハ經驗例少キ故ニ今コ、ニコレ等兩法ノ絶對の優劣ノ判定ヲ下シ得ザレドモ、骨折療法ノ原則ナル整復、固定ヲ容易ニ且ツ確實ニ行ヒ得ル點ニ於テ Böhler 氏法ヲ推賞セントスルモノナリ。

巨大ナル後腹膜腫瘍ノ1例

上 原 孫 作 (京都外科集談會昭和12年9月例會所演)

患者：60歳ノ男

主訴：腹部ノ膨滿ト歩行障碍

現病歴：約25年前右側腹部デ臍ニ近ク雞卵大ノ可動性ノ腫瘤アルニ氣附ケリ。何等苦痛ヲ伴ハザリシタメ放置セルニ、ソノ腫瘤ハ漸次大イサヲ増シテ現在ニ到ル。ソノ間黄疸、糞便ノ變化等ハ認メザリシガ本年20/1頃ヨリ1週間尿ガ赤色ニ着色シタコトガアル。發病來腹痛ヲ來タセルコトナシ。

本年10/11(5ヶ月前)入浴後左上肢ニ突然知覺鈍麻ヲ來タシ漸次ソノ度ヲ増シ、又タ何時トハナシニ右上肢及ビ兩側下肢ニモ知覺鈍麻ヲ覺ユル様ニナツタ。3月初旬ヨリ上肢ノ微細運動障碍、歩行困難ヲ來シ、6月初メヨリハ歩行不可能トナリ把握力ヲ減退シテ來タ。亂切痛、帶狀感、知覺異狀等ナク、膀胱、直腸障碍ヲ來タセルコトナシ。睡眠、食思共ニ良好、便通ハ秘結ニ傾ク。

家族歴及ビ既往症：特記スベキモノナシ。

現症：一般所見・體格中等、榮養稍衰ハ皮膚蒼白貧血性ナリ。脈搏80/m、整、緊張及ビ大イサ尋常、體溫上昇ヲ認メズ。聽診上兩側前上部肺ハ呼吸音粗ナルモ囉音ヲ聽カズ。

局所所見・腹部ハ一般ニ膨滿シ殊ニ右側腹部ニ於テ強シ。蠕動不穩、異常着色ナキモ右腹側ニ皮膚小靜脈怒張ス。觸診スルニ腹壁緊張、ブルンベルグ氏症候陰性。右中腹部ニ大人頭大ノ腫瘤ヲ觸レル。上方ハ肋骨⁴ニ隠レ、下方ハ棘間線、左方ハ正中線ヲ越エルコト3糎、後方ハ後腋窩線ニ及ブ。表面ハ一般ニ平滑ナルモ4-5個ノ腫瘤ノ集リトナリ、境界明瞭邊緣不整。一般ニ彈性硬、一部ニ波動存スル如シ。壓痛ナシ。基底及ビ皮膚トハ良好可動性ニシテ呼吸ト共ニ良ク動く。腹部波動著明。直腸影大部ノ異常擴張ヲ認メズ。頸部第V—VI頸椎部手拳大ニ膨起セルモ著明ナ強直、叩打痛、壓痛ヲ認メズ。

胸部ニテ乳頭ヲ結ブ線ノ直上ヨリ足ノ尖端迄及ビ兩側上肢ニテハ烏喙突起ヨリ末梢ニイタル迄溫度感覺、痛覺、觸覺ノ鈍麻アリ、末梢ニイタル程ソノ程度強ク、膝關節以下痛覺消失ス。腹壁反射、提辜筋反射共ニ消失ス。上下肢ノ粗大力量ニ自動運動殆ンド不可能。骨膜、腱反射、特ニ膝蓋及ビ⁴リアレス¹腱反射異常ニ上昇、足及ビ膝蓋搦痛、バハンスキーハ著明。

血液所見：赤血球數352萬、⁵ヘモグロビン¹含有量72(ザーリ)、白血球數5560、血液像尋常。

尿所見：淡黃透明、蛋白陽性、沈渣ニ赤白血球共ニ1視野ニ3-4個、大腸菌1ヶヲ認ム。

膀胱鏡検査：右輸尿管開口部ニ粟粒乃至大豆大ノ尿石多數ニ存シ尿排出ノ際游泳スルヲ認ム、色素排出ハ兩側共尋常。

レ線検査：腫瘤ハ横行結腸ヲ下方ニ胃ヲ上方ニ壓排シ、十二指腸ハ腫瘤ノ上ニ存在ス。排出性腎盂攝影法ニテ腎及ビ輸尿管ハ腫瘤トハ別ニ影像サル。

剖斷・後腹膜腫瘍

手術所見：正中切開ニヨリ腹腔ニ達スルニ腫瘤ハ明カニ後腹膜ニ存シ胃ヲ上方ニ、横行結腸ヲ下方ニ壓排シテソノ間ニ現ル。大網小網及ビ胃、腸、腸間膜ノ漿膜面ニハ粟粒乃至米粒大ノ灰白色小結節アリ明カニ結核性腹膜炎ノ像ヲ呈ス。腫瘍ハ一部ハ弾力性硬、一部ハ緊張弾力性ニシテコノ部ニハ波動ヲ證ス。癒着強固ニシテ全體トシテ、摘出不可能ナリ。ヨツテ波動アル部ヲ切開スルニ一部ニテハ血性ノ、一部ニテハ黄色透明ノ、一部ニテハ Dermoid 乳粥様ノ物質ヲ出シタリ。即チ之ノ腫瘍ハ後腹膜ニ生ジタル皮様囊腫ナリ。囊腫ノ内容ヲ排除シタル後、ガーゼ・タンポンヲ施シ手術ヲ終ル。

大網試験的切片ノ顯微鏡所見：大網膜ノ一部ニ生ゼル結節ヲ檢スルニ一部ニ小圓形細胞ノ浸潤強ク所謂増殖型結核ノ所見ヲ呈シテキルガ、一方 Plattenepithelkrebs mit Perlen ノ像ヲ呈セル部アリ。

考察：手術所見ハ結核性腹膜炎ト皮様囊腫トデアツタガ大網ノ一部カラハ明カニ Plattenepithelkrebs ノ像ヲ呈スル部ヲ見出シテキル。大網カラハ原發的ニ Plattenepithelkrebs ヲ發スルコトハナク又他ノ腹腔内臓器ニモ腫瘍ハ認めラレナカッタ。故ニ肉眼的ニハ良性ニ見エタ皮様囊腫ガ惡性化シコノヨリ轉移シタモノト考ヘザルヲ得ナイ。

一方頸椎ノ問題デアルガ、此ノ例ニ於テハ、結核モアリ、マタ痛腫モアリ、更ニ臨床上強直、壓痛、叩打痛無ク、Spondylitis tbc. ニ相反スル様デアル。然レ線寫眞ニヨルト椎骨間板ガ一部破壊サレテ居ル。モシ之ガ腫瘍ノ轉移トスルナラバ破壊像ハ椎體ニ來タリ、間板ニハ變化ヲ呈セヌモノデアル。ソレ故ニ本例ハ痛ノ轉移ト考ヘルヨリモ、結核性ノ脊椎炎ト診斷スベキモノデアル。

臨床診断ト手術所見

尿中出现ノ大腸菌ニ依リ手術ノ適應ヲ定メ得タル假面性蟲様垂炎ノ1例

金澤紀四五郎（京都外科集談會昭和12年9月例會所演）

患者：23歳，男

主訴：左季肋部疼痛

現病歴：約20時間前、誘因ト認ム可キモノナク、惡感戰慄ト共ニ左腰部ニ放散スル劇痛ヲ左季肋部ニ來セリ。數回ノ嘔吐ノ後、自ラ下劑ヲ服用セルニ下痢強ク、食欲不振トナリ現在ニ至ル。

既往歴：3年前腹部全體ニ互リ突如劇痛、嘔吐、下痢ヲ來シ12時間ニテ該發作ノ消失シタルコトアリ。

6年前右鼠蹊ヘルニアノ手術ヲ受ケ。

現症：體溫37.7°C、脈搏1分時100、腹部ニハ右鼠蹊部ニ約8糎ノ瘢痕ヲ見ル以外視診上變化ナク觸診上、腹部上半部ニ輕度ノ筋肉性防禦アルモ、Blumberg氏症候ハ認めラレズ。Mac Burney氏點ヲ壓スルト、左側對稱點ニ疼痛ヲ感じ、ソノ他下腹部ノ何處ヲ壓シテモ左季肋部ニ牽引性疼痛ヲ訴フ。Walton氏感覺異狀帶ナシ。聽診上腸音ハ尋常ニテ Ampulla recti ハ稍々膨大セリ。

尿検査：大腸菌1視野平均4個アリ。寒天培養基上ニモ發育ス。ソノ他ニ異狀ナシ。

血液：白血球數過多(12500)、中性多核白血球增多(80%)ナリ。

診斷：白血球過多及ビ爾他健常尿中ノ大腸菌出現ヨリ、急性蟲様垂炎ト診斷セリ。

手術所見：右副直腹筋線切開。大網膜ノ先端ガヘルニアノ手術痕ニ癒着シ、ソノ爲横行結腸ハ牽引セラレテ延長下垂セリ。癒着ヲ剝離シタルニ、輕度ニ充血勃起セル蟲様垂現レ來リ、容易ニ切除シ得タリ。此ノ